



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/256 - IAM no Q anterior de alto riesgo

L. Gómez Ruiz^a, A. Fernández Serna^b, Á. González Díaz-Faes^c, C. Fortuny Henríquez^d, M.J. Arques Pérez^e, S. Díez Martínez^f y L. de la Fuente Blanco^c

^aMédico Residente. Centro de Salud General Dávila. Santander. ^bMédico Residente; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^dMédico Residente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^eMédico Residente. Centro de Salud La Marina. Santander. ^fMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 61 años sin antecedentes cardiológicos conocidos que acude a Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) por disnea progresiva y dolor centrotorácico opresivo de 10 minutos de duración que cede espontáneamente en las últimas 48 horas. Tras anamnesis, exploración se decide traslado a Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) donde ingresa en Unidad de Críticos (coronarias). Antecedentes personales: NAMC. DM tipo 2, HTA, Exfumador. Adenocarcinoma de próstata.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 35,9 °C, TA: 120/80, Fc: 66 lpm, SatO₂ 99%. Sin alteraciones en la exploración física. ECG: infradesnivel de ST de V2 a V5, y supradesnivelación de ST en aVR. Laboratorio: troponina 1,31. Ecocardiograma: VI con hipoquinesia de SIV alto en segmentos medio apicales, FE normal. Estudio hemodinámico: lesión crítica a nivel de bifurcación del tronco común izquierdo. Colocando stent en DA y Cx.

Juicio clínico: IAM no Q anterior de alto riesgo.

Diagnóstico diferencial: En este caso, y dado la anamnesis del paciente se plantea diagnóstico diferencial con las patologías más graves y frecuentes que se presentan con clínica de dolor torácico que son la disección aórtica, neumotórax y TEP.

Comentario final: Ante el colapso de las urgencias a nivel hospitalario, nos encontramos cada vez con más frecuencia en los SUAPs, pacientes con signos y síntomas que nos orientan a patologías graves. Debemos ser cuidadosos y exhaustivos en nuestras anamnesis y exploraciones, siendo eficientes, remitiendo al paciente de forma rápida y adecuada a aquellos servicios cuyos recursos sean los más apropiados para ofrecer al paciente el mejor tratamiento posible.

Bibliografía

1. Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, Marrugat J, Heras M, Cuñat J, Civeira E, et al. Estudio MASCARA (Manejo del Síndrome Coronario Agudo. Registro Actualizado). Resultados globales. Rev Esp Cardiol. 2008;61:803-16.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo sin elevación de ST. Angina inestable. Infarto agudo de miocardio. Troponinas.